FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mme Ch. CHATELIN née Louise PELTIER

A Paris, le 9 mars 1888.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

A PROPOS D'UN

CAS D'ACCOUCHEMENT INDOLORE

CHEZ UNE TABÉTIQUE

Président : M. P. MARIE, *Professeur.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, LEJARS, HARTMANN, GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
CAMUS	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHIRAY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CLERC	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Maitre et Président de Thèse

Monsieur le Professeur Pierre MARIE

Avec l'expression de ma respectueuse gratitude.

A MES PARENTS

MADAME LE DOCTEUR PELTIER

Médecin du Bureau de Bienfaisance.

M. LE DOCTEUR F.-LOUIS PELTIER

En témoignage de filiale affection.

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR CHARLES CHATELIN (de Charleville)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Au Docteur J. OCKINZYK

Professeur agrégé,
Chirurgien des Hôpitaux.

En souvenir de son affectueuse préparation pour le concours de l'Internat.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

1906-1907 : Professeur HARTMANN.
1907-1908 : Docteur BOULLOCHE.
1908-1909 : Professeur DEBOVE (*in memoriam*).
1909-1910 : Professeur A. ROBIN.

Internat provisoire.

1910-1911 : Docteur OULMONT (*in memoriam*). Docteur LESNÉ. Docteur PAPILLON.

Internat.

1911-1912 : Professeur DÉJERINE (*in memoriam*).
1912-1913 : Docteur BOUFFE DE ST-BLAISE. Docteur BALZER.
1913-1914 : Docteur VARIOT.
1914-1915 : Professeur ALB. ROBIN.
1915-1917 : Docteur VARIOT.
1917-1918 : Professeur JEANSELME.
Assistant du Dispensaire de l'Hôpital Broca.
1918-1919 : Docteur HUDELO.

A MM. les Professeur LECÈNE, Docteur RATHERY, Docteur TRÉMOLIÈRES, Docteur FIESSINGER, Docteur ZUBER, Docteur MATHIEU, Docteur SAUVÉ.

AVANT-PROPOS

Nous avons quelque scrupule à terminer quinze années d'études médicales par un aussi mince travail. A vrai dire, nous avions eu plus d'ambition et nous avions accumulé des documents et des notes sur la question du sevrage.

... Nous nous trouvions en présence de bien des opinions contradictoires et nous nous sommes souvenue de l'enseignement de notre premier maître, le Professeur Debove, qui nous disait l'importance « du fait » clinique en regard des théories changeantes.

Aussi sommes-nous très reconnaissante à M. le Professeur Pierre Marie, de nous avoir, au cours d'une visite dans les salles de son service, signalé le « fait » que nous rapportons aujourd'hui, de nous avoir montré qu'il était intéressant de recueillir avec quelques détails cette observation d'accouchement indolore, et de nous avoir permis enfin d'en faire le sujet de notre thèse dont il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence.

Qu'il nous soit permis de saisir cette occasion de lui

témoigner notre respectueuse reconnaissance, pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service et les témoignages d'intérêt qu'il nous a toujours prodigués.

Notre gratitude s'adresse à tous ceux qui nous ont appris à aimer la science médicale, et la clinique en particulier; à tous nos chefs de service, pendant nos années d'externat et d'internat; à ceux qui nous ont préparé au concours de l'internat avec une affectueuse persévérance.

Nous ne saurions terminer ces quelques lignes sans dire tout ce que nous devons à l'exemple de nos parents, M. et Mme les Docteurs Peltier, qui furent nos premiers maîtres, et demeureront notre précieux modèle, car ils nous ont toujours montré comment allier une haute probité médicale à une conscience professionnelle parfaite, comment exercer la profession médicale avec science et abnégation et dignité.

Les observations d'accouchement indolore au cours de l'évolution du tabès ne sont pas très nombreuses. La première fut publiée en 1902 par Mirabeau, médecin allemand; depuis, des cas analogues furent signalés par Cohn, Heitz, H. Grenier de Cardenal, Abadie, Salazar de Souza.

En 1906, MM. Abadie et Grenier de Cardenal comptent 9 cas d'accouchement indolore, répartis en 7 observations, dans toute la littérature médicale française et étrangère.

Ultérieurement, nombre de travaux et de communications paraissent sur les rapports du tabès et de la grossesse, sur l'influence du tabès sur la puerpuéralité ou l'aggravation du tabès par la gravidité; mais il nous faut arriver à la thèse de Strack (Nancy, 1912) pour trouver réunies quelques autres observations qui portent le nombre des cas à douze, observations successivement publiées par Frederiksen, Thiess, Zaccharas, Penkert, Sakub et enfin Frühingholz (Frühingholz et A. Remy, *Revue Médicale de l'Est*, 1er Avril 1912).

La notion de l'accouchement indolore au cours du tabès est cependant devenue classique et les différents

Traités de neurologie français et allemands, signalent, sans autre commentaire, à l'article « Tabès », l'existence d'accouchements sans douleur. Les Traités d'obstétrique, par contre, ne mentionnent pas encore, comme notion courante, ce fait curieux.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de relater avec quelques détails le cas de notre malade. Ce n'est pas que l'histoire de cet accouchemont indolore diffère en quoi que ce soit des cas publiés. MM. Abadie et Grenier de Cardenal le disaient déjà en 1906 : « Les récits faits par les malades de leur accouchement sans douleur, paraissent calqués les uns sur les autres ».

L'histoire de Mme G..., hospitalisée à la Salpêtrière dans le service de notre maître, le Professeur Pierre Marie, rappelle en tous points l'histoire des douze cas antérieurement publiés : contraste entre l'accouchement indolore et les accouchements précédents alors que le tabès n'évoluait pas encore, rapidité du travail, particularités de l'évolution de la grossesse.

Nous chercherons donc simplement en rapportant ce nouveau cas à préciser quelques détails de l'examen de la sensibilité chez cette malade ; nous envisagerons les hypothèses pathogéniques et nous esquisserons rapidement les problèmes que pose l'évolution d'une grossesse chez une femme tabétique.

Mme G. Charlotte, actuellement âgée de 36 ans, est syphilitique depuis 1906. Elle présentait depuis 1912 environ des douleurs dans les membres inférieurs, une certaine gêne de la marche, du dérobement des jambes, symptômes qui se sont progressivement aggravés, de telle sorte qu'en 1918, la

malade fut hospitalisée quelque temps à la Salpêtrière avec des signes déjà manifestes de tabès : incoordination marquée des membres inférieurs, douleurs fulgurantes, abolition des réflexes tendineux, troubles sphinctériens, signe d'Argyll-Robertson.

Cette malade a eu, antérieurement à la grossesse qui nous occupe, deux premières grossesses terminées chacune par un accouchement normal.

Le premier accouchement eut lieu *en 1908*. Pendant cette première grossesse, la malade eut quelques vomissements les premiers mois, mais peu abondants et toujours provoqués par une sensation gustative ou olfactive.

L'accouchement survint à terme; le travail dura environ 7 heures : mouches préparantes pendant une matinée, puis douleurs marquées pendant 2 heures environ, enfin, grandes douleurs expulsives pendant 3/4 heure.

Le deuxième accouchement date *de 1910*. Cette fois encore, grossesse absolument normale; la mère sentit remuer vers 4 mois; elle eut quelques nausées et de très rares vomissements. L'accouchement se fit à la Clinique Baudelocque; le travail fut long, très douloureux; il y eut pendant *trois heures* environ des douleurs expulsives.

Lorsque survint la grossesse qui nous occupe, la malade était depuis dix-huit mois environ en traitement à la Salpêtrière, où elle avait été hospitalisée quelque temps en Mars 1918. Elle venait régulièrement se faire faire des injections intraveineuses de novarsénobenzol. Elle présentait déjà, comme nous l'avons dit, un tabès avéré avec incoordination surtout marquée aux membres inférieurs et douleurs fulgurantes.

Les débuts de cette troisième grossesse furent très pénibles. Les douleurs fulgurantes s'exagèrent et deviennent plus fréquentes; des douleurs en ceinture, des « éclairs » dans les membres supérieurs, apparaissent et gardent leur intensité et leur fréquence pendant toute l'évolution de la grossesse.

Dès le début, et pendant les trois premiers mois apparaissent des *vomissements*. Il y a là un contraste marqué avec l'évolution des deux autres grossesses. Alors que les deux premières fois, les nausées et les vomissements furent rares et peu intenses, dans le cours de cette dernière grossesse, chez la malade devenue tabétique, les vomissements apparaissent jusqu'à dix et douze fois par jour. Ces vomissements presque incoercibles surviennent la nuit comme le jour, et le simple fait de se retourner dans le lit suffit à les provoquer. Ce sont des vomissements douloureux, assez abondants, de liquide glaireux, parfois alimentaires. Ils cessent vers le milieu du quatrième mois, ou du moins se font plus rares, et moins intenses.

Nous reviendrons plus loin sur ce symptôme, intéressant à relever, et qui plus d'une fois a retenu l'attention du clinicien au cours des grossesses chez les tabétiques.

La malade *sentit remuer* le fœtus vers 4 mois. Les premiers tressaillements lui paraissent semblables à ceux éprouvés lors des précédentes grossesses ; puis ils s'espacent au point que la malade s'inquiète de ne plus rien sentir ; trois à quatre jours s'écoulent parfois sans que la malade perçoive de contraction, puis tout d'un coup, un mouvement actif du fœtus, brusque et *douloureux*, dit la mère, la rassure sur la vie de l'enfant qu'elle porte.

Nous verrons plus loin, que dans la plupart des cas d'accouchement indolore, les mouvements actifs du fœtus furent perçus ; notons seulement que chez notre malade les mouvements furent plus rares, et éveillèrent des sensations douloureuses, différentes des impressions perçues dans les grossesses précédentes.

L'accouchement survient le 5 Avril 1920, jour de Pâques. La malade se couche le soir, fatiguée, mal à l'aise, ayant des douleurs en éclairs dans les membres inférieurs. Elle se réveille vers le milieu de la nuit, à l'occasion d'une brusque douleur dans les membres inférieurs. Elle éprouve à ce

moment le besoin d'uriner et constate qu'elle perd un peu de de sang et de liquide glaireux. Elle appelle une sage-femme de garde (elle était hospitalisée dans une Maternité) qui l'examine, trouve la tête non encore engagée et conseille à la femme de se recoucher.

Un quart d'heure après, la malade éprouve encore le besoin d'uriner, se lève, perd un peu de sang, sent une poussée périnéale qu'elle prend pour un besoin de défécation, s'asseoit sur un vase et n'ayant pas de résultat se relève ; à ce moment, elle ressent une douleur extrêmement vive, une poussée violente... et l'enfant tombe par terre, si brusquement que le cordon se rompt.

Un quart d'heure après, délivrance normale, tout à fait indolore ; quelques coliques très sourdes (tranchées) surviennent après la délivrance et durent une heure environ. Aucune « tranchée » dans les jours qui suivent l'accouchement.

La malade allaite quelque temps son enfant et n'éprouve aucunement les premiers jours, de coliques utérines réflexes au moment de la succion du sein.

Notons de suite la rapidité d'évolution du travail qui ne semble pas avoir dépassé une demi-heure, l'absence totale de sensation de contraction utérine, et par contre la notion très réelle de poussée périnéale et de déchirement au moment du passage de la tête. Or, en dehors de l'onde douloureuse de contraction utérine, les parturientes n'accusent normalement d'autre sensation que ce déchirement brutal et cette poussée impérieuse qui semblent être les seuls à révéler la distension vaginale.

Nous verrons que l'examen clinique de notre malade, dix mois après l'accouchement explique très bien, et la disparition de la sensation de contraction utérine et la conservation de la sensibilité vagino-périnéale.

Certains faits sont à retenir au cours de l'évolution de cette grossesse. C'est, d'une part, la *plus grande fréquence des phénomènes douloureux*. Les douleurs fulgurantes exis-

taient dans les membres inférieurs avant que la malade ne devienne enceinte, mais dès que l'état de gravidité s'affirme, les douleurs apparaissent quotidiennes, parfois même surviennent plusieurs fois dans le jour et la nuit par crises successives ; elles gagnent les membres supérieurs et la malade ressent en outre des douleurs en ceinture, en étau qu'elle ne connaissait pas encore.

C'est, d'autre part, l'aggravation des troubles sphinctériens. La malade présentait depuis longtemps déjà une incontinence d'urine qui s'accentue nettement pendant la période gravidique.

De plus, sans avoir véritablement des « crises de diarrhée », elle a d'une façon à peu près permanente des selles liquides ; très souvent, au cours de cette grossesse, presque constamment avoue-t-elle, il lui arrive de *perdre ses matières* sans s'en apercevoir. Actuellement, ce trouble aurait tendance à disparaître ; cependant la malade présente dans la région péri-anale des troubles trophiques : coloration brune de la peau, épaississement et sécheresse de l'épiderme qui indiquent la longue durée de ces troubles.

Nous avons examiné Mme G..., environ 9 mois après cet accouchement indolore et voici, brièvement, les symptômes que nous avons notés chez elle.

C'est une femme de 36 ans, pâle, fatiguée, amaigrie, au masque douloureux. Elle marche en jetant ses jambes et ne peut avancer qu'en s'appuyant sur une canne, et en s'accrochant aux meubles voisins. Elle ne peut tenir debout sur une jambe même les yeux ouverts ; et les talons joints les yeux fermés, elle présente un *signe de Romberg* très net.

L'*ataxie* est moins marquée aux *membres supérieurs*. Cependant, les yeux fermés, le geste : doigt sur le nez, est mal exécuté, la malade dépasse toujours le but.

L'examen des *réflexes ostéo-tendineux* révèle des deux côtés une *abolition* complète des réflexes *achilléens*, *rotuliens*, tandis qu'aux membres supérieurs les réflexes radiaux

et tricipitaux, sont néanmoins conservés, mais faibles.

Le réflexe cutané plantaire ne peut être mis en évidence. L'excitation de la plante du pied, tant sur le bord externe que sur le bord interne ne donne aucune réponse, ni pour le pied droit, ni pour le pied gauche.

Le réflexe cutané abdominal existe; la force musculaire segmentaire est relativement à l'amaigrissement extrême de la malade, conservée pour les différents segments des membres supérieurs et inférieurs.

Il existe une grande hypotonie de tous les segments des membres inférieurs et supérieurs; la malade peut fléchir le membre inférieur sur le bassin de telle sorte que le pied vienne toucher la face; il existe de même une laxité marquée des articulations du membre supérieur.

Les troubles sphinctériens persistent; incontinence des urines, et très souvent des matières.

Nous avons examiné soigneusement et à plusieurs reprises, la sensibilité de notre malade, au toucher, à la piqûre, à la chaleur, au froid, sur toute l'étendue des téguments et nous n'avons noté aucune zone d'hypoesthésie franche, si ce n'est à la plante des pieds. Partout ailleurs, la malade sent parfaitement la piqûre et le contact et différencie le froid du chaud.

Il existe une zone d'hyperesthésie assez diffuse, surtout marquée entre D_{10} et L_1, mais se prolongeant sur les segments supérieurs jusqu'à D_8 et D_6. Dans toute cette zone, et plus en arrière qu'en avant, le moindre frôlement détermine une sensation désagréable, accompagnée de réflexe cutané, et de réaction ansérinne (phénomène de la peau d'orange).

Aux membres inférieurs, on note une disparition des sensations profondes :

Perte de la notion de position;

Perte de la sensibilité osseuse;

Perte de la douleur à la pression.

Il n'existe rien de semblable aux membres supérieurs.

Nous avons recherché avec une particulière minutie l'état de la sensibilité vaginale et périnéale.

La malade sent parfaitement le contact du doigt explorant le canal vaginal; elle distingue le contact, qu'elle différencie nettement de la piqûre, et reconnaît parfaitement les tubes chauds ou froids introduits dans le vagin. L'introduction du spéculum donne une sensation de distension désagréable.

La sensibilité du col est émoussée, normale en somme.

Les sensibilités superficielles sont intactes sur toute la région ano-périnéale.

Nous n'avons pas trouvé le réflexe vulvaire; *le réflexe anal* est entièrement aboli.

Depuis 1916, la malade accuse une *frigidité* très nette. Elle s'est aperçue de la perte de la sensation voluptueuse avant que ne soit survenue l'absence du désir sexuel.

Ajoutons pour terminer l'examen de notre malade qu'il existe chez elle une inégalité pupillaire très nette, que le réflexe à la lumière fait défaut, enfin que la ponction lombaire décèle l'existence de 60 centigrammes d'albumine et la présence de 4 lymphocytes par millimètre cube (cellule).

En résumé, chez une femme nettement tabétique, la grossesse a évolué jusqu'à terme, avec des vomissements incoercibles pendant les 3 premiers mois, avec une aggravation des phénomènes douloureux préexistants, une exagération des troubles sphinctériens. Elle s'est terminée par l'accouchement indolore, d'un enfant à terme, vivant, pesant 3 kgr. 150, — sans tare décelable cliniquement. L'examen de la malade en dehors des signes révélateurs du tabès, ne montre aucun trouble de sensibilités superficielles ni de la paroi abdominale, ni du périnée, ni de la muqueuse vaginale.

Nous allons voir comment l'on peut chez elle expliquer l'indolence de l'accouchement, mais nous voudrions tout d'abord comparer cette observation aux autres cas antérieurement publiés et voir si nous retrouverons les mêmes particularités.

ÉTUDE DES CAS ACTUELLEMENT PUBLIÉS D'ACCOUCHEMENT INDOLORE

Toutes les observations d'accouchement indolore semblent calquées les unes sur les autres. Et, en effet, si nous prenons symptôme par symptôme les douze cas publiés nous allons noter une identité presque complète avec les signes présentés par notre malade.

Dans le cas princeps de Mirabeau, il s'agit d'une femme de 34 ans, syphilitique depuis l'âge de 17 ans, et présentant des douleurs fulgurantes et de l'incoordination depuis l'âge de 26 ans. L'accouchement se fit à terme et dura 65 minutes. « Pendant ses efforts, la malade reposait tranquille, presque étrangère à ce qui se passait, n'accusant qu'un faible besoin d'aller à la selle, besoin qu'elle n'éprouvait plus depuis des années. Ce n'est qu'en entendant crier l'enfant que la mère sut qu'il était né... »

Dans l'observation de Cohn, « l'accouchement marcha de telle façon que l'entourage ne s'en aperçut que lorsque le crâne de l'enfant apparut à la vulve ».

L'observation de Heitz est plus détaillée quant à

l'examen neurologique de la malade. Il s'agit d'une syphilitique de 39 ans, enceinte pour la neuvième fois, en 1898. « L'accouchement se produisit à terme sans douleur; la malade s'aperçut qu'elle allait accoucher en voyant ses draps se tacher de sang; tout fut terminé en 1 heure ». Cette même malade redevint enceinte en 1901. « Le premier Mars 1901, elle présente tous les signes d'une grossesse au début du 4e mois, le *toucher vaginal n'est pas perçu par la malade*; les mouvements provoqués du corps utérin par le doigt vaginal sont perçus et légèrement douloureux. » L'accouchement a lieu vers le 17 Septembre et la malade revue le 20 Juin 1902 « présente de *l'anesthésie vaginale* ».

Ce symptôme diffère de ce que nous avons pu observer chez notre malade, chez laquelle, dix mois après l'accouchement, il n'existe d'anesthésie vaginale à aucun mode. D'ailleurs, notre malade accusa une douleur vive lorsque la tête força la fourchette vulvaire. Aucune autre observation ne mentionne l'anesthésie vaginale, et par contre, dans tous les autres récits d'accouchement indolore, nous trouvons la notion de distension vaginale perçue par les parturientes. « Elle perçoit enfin la progression fœtale au moment où la tête a complètement pénétré dans le bassin mou et est sur le point de se dégager. » (Obs. de Fruhinsgholz. *Gazette médicale de l'Est*, 1er Avril 1912).

Dans une observation d'accouchement indolore suivi quelques mois après de crises de faux accouchement, observation relatée par MM. Abadie et Grenier de Cardenal dans la *Province médicale* (Septembre 1906) nous

lisons ceci : « A peine était-elle dans la position accroupie qu'il lui sembla que sa vulve et son vagin se dilataient..., la tête de l'enfant apparaissait à la vulve. » Cinq ans après, la malade ayant des crises douloureuses de faux accouchement, MM. Abadie et Grenier de Cardenal examinent la malade et constatent que « dans le toucher vaginal, le doigt est nettement perçu pendant toute l'exploration ; la sensibilité ne semble altérée en aucun point, la pression du doigt sur le col utérin provoque même une légère douleur ».

Toutes les autres observations que l'on trouvera réunies dans la thèse de Strack (de Nancy, 1912), reproduisent le même fait : absence de douleurs pendant ce travail, mais sensation de distension vaginale, de poussée périnéale, prise souvent par la malade pour un besoin de défécation.

Tandis que dans les 12 cas publiés et dans notre observation personnelle, nous trouvons l'indolence absolue de la contraction utérine, il est curieux de remarquer que presque toutes les femmes perçurent nettement les *mouvements actifs du fœtus*. La malade de Heitz qui eut deux accouchements indolores sentit remuer l'enfant la première fois à 4 mois, la 2e fois vers 4 mois et demi.

Cette femme qui avait eu 8 grossesses antérieures ne note aucune différence avec ce qui se passa antérieurement.

La malade d'Abadie et de Grenier de Cardenal perçut les mouvements vers 5 mois; les autres auteurs, à l'exception de Mirabeau et de Thiess, notent tous des

perceptions normales des mouvements fœtaux. Il est vrai que la malade de Mirabeau qui ne sentit pas remuer son enfant présentait de l'anesthésie de la paroi abdominale.

C'est cette anesthésie — qui est rare — qui conditionne la non-perception des mouvements fœtaux. Il semble en effet que les mouvements transmis par l'utérus à l'intestin et à la paroi abdominale, soient surtout perçus par la paroi. Ces mouvements donnent d'ailleurs nettement à la femme gravide la sensation de choc contre la paroi abdominale. Chez notre malade et chez la malade de Friederiksen, les mouvements fœtaux furent perçus avec une légère sensation douloureuse.

Remarquons également que toutes les observations d'accouchement indolore relatent l'existence chez les malades de troubles graves de la miction et de la défécation.

Presque toutes les femmes qui accouchèrent sans douleur avaient depuis quelque temps de l'incontinence des matières et des urines, par perte de la sensibilité vésicale et de la sensibilité de l'ampoule rectale.

Enfin toutes les observations mentionnent également l'existence de vomissements incoercibles ou très fréquents pendant l'évolution de la grossesse chez la femme tabétique. Nous étudierons ce point si important au point de vue clinique dans un chapitre spécial.

De notre observation personnelle et des observations antérieurement publiées, nous pouvons détacher un ensemble de symptômes associés à l'accouchement

indolore et dont nous allons essayer d'esquisser la pathogénie.

En résumé, l'accouchement indolore se voit chez une femme tabétique, *s'accompagne de troubles graves de la miction et de la défécation* et peut coexister avec une *intégrité* parfaite *des sensibilités superficielles abdominales et vaginales.*

ESSAI DE PATHOGÉNIE DE L'INDOLENCE DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES TABÉTIQUES

L'accouchement indolore ne se produit pas seulement au cours du tabès. Il a été noté dans une série d'autres syndromes, en particulier au cours de l'ivresse, dans les comas, les états syncopaux (Colliez, *Thèse de Paris*, 1899), mais on se trouve là en présence d'une perte totale de la conscience et aucun de ces états n'est comparable à l'accouchement indolore de la femme tabétique qui assiste « tranquille et étonnée » à la naissance de son enfant.

Dans certains cas de *paraplégie* grave, on a constaté l'existence d'accouchement indolore; ces cas, étudiés par Routh, diffèrent des cas observés chez les tabétiques.

« L'accouchement survient à terme, mais la malade ne sent pas l'enfant remuer. La dilatation du col, acte automatique, se fait bien ; l'expulsion du fœtus est en revanche un acte réflexe qui exige l'intégrité des rapports de l'utérus avec les centres lombaires. Si la lésion

médullaire remonte à ce niveau, l'enfant pourra pénétrer dans le vagin, mais l'expulsion spontanée n'ira pas plus loin. Ajoutons que ces douleurs de l'accouchement sont supprimées » (Moutier, in *Pratique Neurologique* de Pierre Marie, p. 512, éd. Paris, 1911).

Ces cas, comme on le voit, diffèrent des observations d'accouchement indolore chez les tabétiques, de par l'absence de terminaison spontanée de l'accouchement, de par l'absence de perception des mouvements fœtaux pendant la grossesse.

Nous voudrions leur opposer une observation qui nous a été obligeamment donnée par un de nos collègues, M. Bocage, avec l'autorisation de son chef de service, le Docteur Guillemot, médecin de l'hôpital Bichat. Il s'agit dans ce cas d'une paraplégique complètement impotente avec troubles marqués des sensibilités superficielles, et qui, cependant eut *un accouchement douloureux*.

Voici, résumée brièvement, cette observation :

Mme F..., âgée de 26 ans, entre au début de Décembre 1920, à l'hôpital Bichat, dans le service du Docteur Guillemot. Elle est enceinte de six mois, et vient à l'hôpital parce que ses jambes fléchissent progressivement.

Du 27 Décembre au 11 Janvier s'installe chez elle, une paraplégie qui évolue très rapidement, avec des troubles sensitifs et sphinctériens, au milieu de phénomènes fébriles (38°2-38°3).

Le 11 Janvier, la malade complètement paraplégique, ne peut ébaucher le moindre mouvement volontaire des membres inférieurs.

L'examen révèle : une hyper-réflectivité ostéo-tendineuse

bilatérale aux membres inférieurs; une extension plantaire bilatérale lors de la recherche du réflexe cutané plantaire; l'abolition des réflexes cutanés-abdominaux inférieurs et moyens; troubles de la sensibilité. Anesthésie au tact, à la piqûre, sur les membres inférieurs, remontant jusqu'à l'ombilic, légèrement moins étendue à droite qu'à gauche. Incontinence d'urine (vessie infectée). Douleur à la pression des 8e, 9e et 10e dorsales, sans rigidité nette de la colonne.

Les jours suivants apparaît une escharre qui évolue et s'agrandit rapidement. La malade présente une température oscillante. La paraplégie spasmodique s'accentue. Les réflexes d'automatisme médullaire apparaissent.

La malade sent remuer l'enfant (l'anesthésie ne dépasse pas l'ombilic).

L'accouchement survient le 16 Février 1921, précédé pendant la nuit de petites douleurs. Grandes douleurs de 7 h. 1/4 à 8 h. 1/4 du matin, terminées par l'expulsion d'un enfant de 2 kgr. 450 paraissant presqu'à terme.

Les jours qui suivent l'accouchement, il semble qu'il y ait régression légère des troubles sensitifs.

La limite supérieure de l'anesthésie au tact et à la piqûre descend à 2 travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

La chaleur est perçue si l'on prolonge le contact du tube sur tout l'abdomen.

Enfin un pincement énergique éveille une sensation douloureuse; par contre, les troubles sphinctériens, les escharres, les phénomènes d'automatisme médullaire s'accentuent.

La paraplégie se fixe en flexion.

La malade présente une fièvre hectique.

On peut donc voir un accouchement indolore survenir chez une femme ayant conservé intactes les sensibilités superficielles, et par contre un accouchement

douloureux chez une paraplégique ayant une atteinte marquée des sensibilités superficielles.

L'anesthésie viscérale pour être réalisée demande une lésion plus élective.

Comment peut-on expliquer la possibilité d'accouchement indolore chez une tabétique, la persistance de la contraction utérine réflexe et l'absence de douleurs?

L'utérus reçoit son innervation sensitive des plexus ovariens et hypogastriques qui contiennent des fibres du grand sympathique et du système cérébro-spinal.

Le plexus hypogastrique, le plus important contient des branches descendantes des 2e, 3e, 4e paires sacrées; Il contient *des filets sympathiques,* venus de la colonne thoraco-lombaire par des filets interrompus dans le *ganglion mésentérique inférieur.* Ce ganglion reçoit des fibres des segments médullaires lombaires I, II et III.

Les filets plexiformes abordent l'utérus avec l'artère utérine dans le pied du ligament large s'interrompant dans un ganglion, dit cervical, avant de pénétrer dans l'utérus et de se diviser en filets vasculaires, musculaires et muqueux.

Il est intéressant de remarquer que les filets sympathiques issus du ganglion mésentérique inférieur se distribuent au gros intestin terminal, au côlon descendant, au sphincter interne du rectum, aux organes urinaires et en particulier à la région du trigone vésical.

Le ganglion mésentérique inférieur dont les fibres d'origine sont dans la moelle lombaire tient donc sous sa dépendance le sphincter rectal et le sphincter vésical alors que la musculature de la vessie en dehors de la

région du trigone est innervée par le sympathique pelvien dont les fibres d'origine sont dans la moelle sacrée.

Comment expliquer l'absence de douleur dans l'accouchement de certaines femmes tabétiques ?

MM. Abadie et A. Grenier de Cardenal expliquent l'accouchement sans douleur par *la destruction des racines lombo-sacrées*.

« Pour réaliser le syndrome accouchement indolore, il faut... que le tabès atteigne simultanément les racines (S_2, S_3, S_4, et L_6). Il faut ensuite que les lésions radiculaires ainsi créées soient toutes assez profondes pour supprimer complètement les propriétés physiologiques de chacune des racines envahies », d'où la rareté du syndrome accouchement indolore, en raison de la dissémination et de l'inégalité des lésions tabétiques « frappant les racines postérieures à des niveaux et à des degrés différents. »

Strack, dans sa thèse (Nancy, 1912) émet également comme hypothèse pour expliquer la disparition de la sensibilité utéro-vaginale, *l'atrophie des racines postérieures*. Il ajoute, il est vrai, « que l'innervation utérine est en partie dépendante du sympathique et que « l'atrophie des racines postérieures lombaires n'existe pas toujours », puisque les malades perçoivent les mouvements fœtaux.

Il ne nous paraît pas vraisemblable en effet d'incriminer une destruction totale des racines postérieures lombo-sacrées. Une telle lésion s'accompagnerait de troubles de la sensibilité objective et de déficit sensitif radiculaire. Or, ni chez notre malade, ni dans les

observations publiées, — au moins dans 10 cas sur 12, il n'existait de troubles de la sensibilité objective.

La lésion qui frappe les racines postérieures est peut-être moins globale que ne le supposent MM. Abadie et Grenier de Cardenal, et il paraît vraisemblable de chercher l'explication de l'indolence de l'accouchement dans la lésion des filets sympathiques sensitifs qui passent, précisément par les racines postérieures.

L'on sait en effet que la partie sensitive de l'arc réflexe organique comprend des fibres qui, venues de la périphérie pariétale ou viscérale, gagnent directement, ou après relais ganglionnaires, le ganglion vertébral qu'elles traversent, cheminent dans le rameau blanc communiquant et viennent gagner la racine postérieure qu'elles accompagnent, traversent avec ou sans interruption cellulaire le ganglion spinal et viennent gagner, avec la racine postérieure les cellules du centre médullo-organique situé dans le groupe intermédio-latéral à la base de la corne antérieure.

Le Docteur Jean Charles-Roux dans sa thèse sur les lésions du système grand sympathique dans le tabès et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale (1900), a montré qu'il existait très fréquemment, presque constamment, chez les tabétiques des lésions, des fibres sympathiques à myéline, qui traversent la racine postérieure. « Les lésions du sympathique dans le tabès sont « secondaires aux lésions des racines postérieures ; elles « résultent de la destruction des petites fibres à myéline « qui, par les racines postérieures, vont de la moelle au « sympathique » (p. 43).

Longley a montré la nature sensitive de ces petites fibres, et d'ailleurs ces lésions ont été observées chez des malades qui avaient présenté des troubles nets de la sensibilité viscérale.

Si nous résumons rapidement la disposition du système sympathique, nous voyons, que les fibres sensitives et motrices en connection au niveau des centres sympathiques médullaires gagnent par les racines antérieures et postérieures le rameau blanc communiquant et de là, le ganglion sympathique vertébral. De ce ganglion partent des filets qui sont :

a) Les uns, des filets d'association, ascendant ou descendant, reliant entre eux les différents ganglions vertébraux.

b) Les autres, des filets pariétaux, qui vont se distribuer avec les nerfs rachidiens aux téguments.

c) Les autres enfin, des filets viscéraux, qui gagnent le viscère, soit directement, soit après interruption, dans un ou plusieurs ganglions.

A chaque viscère répond, par conséquent, un segment métamérique dépendant du segment médullaire, d'où les filets sympathiques viscéraux tirent leur origine.

C'est en partant de cette idée que nous avons cherché si nous ne pourrions déceler dans le segment cutané métamérique, des troubles marquant la lésion des fibres à myéline, passant par les racines postérieures atteintes et issues des centres médullaires lombaires.

Ces troubles peuvent être de deux ordres :

a) Troubles sécrétoires et vaso-moteurs.

b) Troubles réflexes de la sensibilité générale dans la zone métamérique.

Pour rechercher les troubles sécrétoires, nous avons fait à Mme G. à 4 reprises et à des intervalles de plusieurs jours une injection de 2 centimètres cubes d'une solution de nitrate de pilocarpine à 10 p. 100.

La malade entièrement nue était couchée sur un lit, dans une pièce très chaude. L'injection faite, on recouvrit la malade d'une couverture de laine maintenue à distance du corps par trois cerceaux.

Après l'injection, la malade absorba 50 centigrammes d'aspirine et but une tasse de tilleul très chaud.

Quelques minutes après, la malade présenta une vasodilatation marquée de la face, une sudation légère d'abord, qui augmenta rapidement en même temps une salivation exagérée et une miction involontaire.

Au bout d'un quart d'heure environ, la sudation atteignait son maximum très net sur la face, le cou, le thorax, les bras; elle perlait en grosses gouttes à l'orifice des pores des glandes sudoripares et finissait par former de véritables lacs le long du sternum et de la ligne axillaire. Par contre, les membres inférieurs n'étaient que légèrement moites, et ce n'est qu'à jour frisant que l'on voyait la petite tache de sueur marquer le pore sudoripare.

En contraste frappant avec le reste du corps, on notait *l'absence de sudation sur l'abdomen*, au-dessous de la ligne ombilicale. En arrière, pas de sudation au-dessous d'une ligne passant par D_{12}. L'abdomen et la région lombaire restent *secs* et chauds, tandis que la main

qui palpe le reste du corps, perçoit partout ailleurs une sensation d'humidité et de rafraichissement de la peau.

Ce phénomène se répéta chaque fois que l'injection de pilocarpine fut renouvelée, et nous pûmes faire constater le phénomène au Docteur Bouttier, chef de clinique adjoint du service, qui présenta notre malade dans une leçon faite sur les troubles sympathiques.

Parallèlement à cette expérience, nous avons injecté de la pilocarpine à une dizaine de femmes tabétiques et nous n'avons jamais observé le même phénomène. Chez deux tabétiques qui présentaient des crises gastriques, l'étude de la sudation fut rendue impossible par les vomissements qui survinrent immédiatement après l'injection, vomissements très douloureux accompagnés de pâleur extrême de la face et de défaillances du pouls.

Une injection d'une solution d'adrénaline au millième (1 cmc., soit un milligramme), ne nous donna pas, localement, de troubles appréciables. Nous avons recherché s'il existait des troubles vaso-moteurs et n'avons pu les mettre en évidence. Tout ce que nous avons pu constater, c'est qu'en traçant une ligne sur la peau de l'abdomen au-dessous de l'ombilic, nous obtenions une ligne blanche, plus large, plus persistante que celle que nous donna le tracé sur le thorax ou la partie supérieure du dos. Mais nous n'avons pas retrouvé ce phénomène à tous nos essais.

Nous nous sommes demandé quel était l'état *du réflexe pilo-moteur*. Le réflexe pilo-moteur par excitation locale dans la zone métamérique était très difficile à rechercher en raison de l'hypéresthésie cutanée que

nous avons signalée dans l'observation de notre malade et sur laquelle nous reviendrons.

Le réflexe pilo-moteur à distance obtenu par excitation douce ou plus intense de la région de la nuque, se produisait instantanément. La malade découverte, dans une chambre chaude, avait immédiatement la chair de poule sur tout le corps. Mais tandis que la réaction était modérée sur le thorax (sauf au niveau des seins où elle était intense), elle était au contraire très intense et très persistante sur l'abdomen au-dessous de la ligne ombilicale et sur la région lombo-fessière. En somme, le réflexe pilo-moteur était maximum dans toute la zone où la sudation était minima. Peut-être faut-il rapprocher ce phénomène des « répercussivités » sympathiques que M. André Thomas a décrites dans les territoires où le sympathique était lésé. On sait, en effet, que l'on peut obtenir une réaction ansérinne très intense, par excitation à distance dans la zone cutanée, répondant à un nerf blessé ou à des racines rachidiennes altérées.

A côté de ces troubles sympathiques qui se produisent dans la zone métamérique, sans que l'on puisse dire d'ailleurs qu'ils restent strictement localisés à cette zone, il nous faut étudier les troubles réflexes de sensibilité générale qui nous paraissent en relation avec les troubles sympathiques viscéraux.

On sait que l'on a décrit des phénomènes douloureux apparaissant dans le domaine des nerfs rachidiens à la suite de lésions viscérales.

Head a particulièrement étudié ces cas, et il a montré que l'altération sensitive, lorsqu'un segment métamé-

rique est atteint, porte à la fois sur le territoire cutané périphérique et sur le territoire profond viscéral.

« La douleur périphérique apparaît dans le domaine segmentaire métamérique correspondant au segment médullaire qui répond au viscère en cause ». (Guillaume. *Le Sympathique*).

L'altération sensitive périphérique réflexe consiste en une hyperesthésie cutanée telle que le moindre frôlement peut devenir douloureux, et que les malades arrivent à ne plus supporter le contact des draps ou du linge. Cette hyperesthésie cutanée s'accompagne presque toujours d'*hyperexcitabilité cutanée*, contraction réflexe des muscles sous-jacents.

Or, si nous nous reportons à l'observation de notre malade, nous voyons qu'elle présente cette hyperesthésie cutanée, accompagnée d'hyperexcitabilité, sur le dos, le thorax et de l'abdomen, avec une prédominance cutanée pour la zone qui s'étend de D10 à L^1, L^2. (zone métamérique) et S^3.

En résumé, nous trouvons chez notre malade, dans le segment métamérique cutané répondant au segment viscéral utérin, des troubles de la sécrétion sudorale, une hyperréflectivité pilomotrice, de l'hyperesthésie cutanée avec hyperexcitabilité cutanée, tous phénomènes qui nous paraissent révéler cliniquement l'atteinte du sympathique sensitif venu du ganglion mésentérique inférieur, atteinte que l'indolence de l'accouchement nous faisait supposer.

Si l'atteinte du sympathique sensitif permet d'expliquer l'absence de douleurs pendant l'accouchement, il

est beaucoup plus malaisé de comprendre la persistance de la contractilité utérine.

Il semblerait que l'arc réflexe organique étant interrompu par l'atrophie des fibres à myéline sensitives contenues dans la racine postérieure, l'excitation viscérale, non transmise au centre médullaire organique, ne puisse donner lieu à une incitation motrice organique. Or, il n'en est rien, et non seulement le travail se poursuit normalement, mais encore les contractions utérines semblent plus énergiques que dans la moyenne des cas, et ce travail s'achève en un temps extrêmement court, souvent inférieur à une heure.

Nous avons vu que dans les cas de paraplégie, étudiés par Routh l'accouchement ne pouvait se terminer spontanément, même dans ces cas toutefois la contractilité utérine persistait et c'est l'expulsion vaginale qui ne se faisait pas.

D'ailleurs, il semble d'après les expériences de Golz, Simpson, Reichmann, Cohnstein, qu'il n'existe pas de centre médullaire de la contractilité utérine et que le réflexe doit se produire au niveau du ganglion cervical, ou des ganglions situés dans la paroi même de l'utérus. Ces animaux de ces diverses expériences accouchaient normalement après section du renflement. lombo-sacré.

La question est complexe, puisque l'on peut « séparer l'utérus des ganglions mésentériques inférieurs sans altérer sa contractilité ». Malheureusement, on n'a pas encore trouvé le centre utéro-moteur ganglionnaire intra-utérin dont l'existence a été admise par Leitz.

TABÈS ET PUERPUÉRALITÉ

Nous ne ferons qu'indiquer, à propos de l'observation de notre malade, les différents problèmes que pose la coexistence de la grossesse et du tabès.

Les avis sont très partagés sur l'influence de l'état gravidique sur le tabès. Tandis que pour les uns, la grossesse doit être évitée, et au besoin prématurément interrompue, chez la femme tabétique, en raison du coup de fouet qu'elle donne au tabès; pour d'autres, au contraire, le tabès n'est en rien modifié par l'évolution d'une grossesse.

Deux ordres de faits sont à considérer :

1° Comment évolue la grossesse chez une femme tabétique.

2° Que devient le tabès d'une femme enceinte.

1° Evolution de la grossesse chez une femme tabétique.

La grossesse peut évoluer normalement et se terminer à terme; il semble que les cas d'accouchement prématuré ou d'avortement ne soient pas directement imputables au tabès, et qu'il faille incriminer la syphilis.

Le tabès n'est point cause de dystocie, et sauf un cas isolé de Heitz où la femme fut dans l'impossibilité de pousser par suite d'une paralysie du voile du palais et de la corde vocale gauche, l'accouchement se termine normalement — en tout ce qui concerne la contractilité utérine.

Presque toutes les observations de grossesse chez une tabétique, relatent un fait d'une très grande importance : c'est l'existence *de vomissements incoercibles*. Notre malade a présenté ce signe avec une remarquable netteté. Tandis que les deux grossesses antérieures ont évolué sans que la femme éprouvât autre chose que quelques rares nausées, ou vomissements ; la troisième grossesse s'accompagna dès le premier mois de vomissements survenant jusqu'à 10 et 12 fois dans les 24 heures, vomissements accompagnés de douleurs, abondants, glaireux, quelquefois alimentaires.

Ce phénomène se retrouve dans presque toutes les observations, soit que l'on note chez une malade tabétique avérée l'aggravation des crises gastriques, soit que l'existence de vomissements incoercibles conduisent le clinicien à pratiquer un examen complet de la femme, et fassent découvrir un tabès incipiens. Il n'est d'ailleurs pas rare que la nature de ces vomissements chez des tabétiques soit entièrement méconnue (Prof. Bar). Ces vomissements incoercibles entraînent parfois un tel dépérissement de la malade que l'on pratique l'avortement (cas de Pierrhugues, de Leyden). Dufour et Cottenot (1908) ont insisté sur les vomissements incoercibles de la grossesse révélateurs de tabès, et conseillé

le traitement spécifique plutôt que l'avortement qui ne supprime pas nécessairement les crises gastriques.

L'avortement n'est d'ailleurs pas à conseiller, car l'enfant peut naître bien portant, indemne de toute tare spécifique et ceci en raison de l'éloignement de la date de l'infection syphilitique.

Chez notre malade, l'enfant naquit, bien portant, sans lésions ni cicatrices cutanées ou muqueuses. Lorsque nous l'avons examiné à 8 mois, il présentait un crâne normal, ni gros foie, ni grosse rate. L'évolution dentaire se faisait bien (4 dents). Malheureusement, l'enfant élevé au biberon, dans une salle d'hôpital, était un petit hypotrophique qui succomba à la première infection, à l'âge de 11 mois.

2° Que devient le tabès d'une femme enceinte?

Il est certain que pendant l'évolution de la grossesse on note, dans presque toutes les observations, une aggravation des symptômes tabétiques aggravation des douleurs fulgurantes, crises gastriques; accentuation des troubles sphinctériens. Notre malade à cet égard rentre dans la majorité des cas, et en particulier, les douleurs fulgurantes et les troubles sphinctériens prirent chez elle une intensité toute particulière pendant l'évolution de la grossesse.

Par contre, la grossesse terminée, on voit petit à petit les troubles s'atténuer, et à l'heure actuelle, elle déclare avoir bien moins de douleurs fulgurantes; les troubles sphinctériens se sont modifiés et la malade ne perd ses matières que lorsqu'elle a de la diarrhée, et n'a de miction involontaire que lorsqu'elle marche ou tousse.

On retrouve dans une observation de Medail (*Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1885) la même évolution. Pour Dufour et Cottenot, l'évolution ultérieure du tabès n'est pas modifiée, et c'est également l'opinion de Penkert et Sacub.

CONCLUSIONS

1° L'accouchement indolore s'observe particulièrement chez la femme tabétique; il est, d'ailleurs très rare. On l'a presque toujours constaté chez des malades dont le tabès était nettement avéré, et il coïncidait avec des troubles graves de la miction et de la défécation.

2° L'accouchement indolore des tabétiques peut se voir malgré l'intégrité parfaite des sensibilités superficielles et de la sensibilité vaginale.

3° Le travail se poursuit normalement, et en général rapidement. Le tabès n'est pas une cause de dystocie.

4° La femme perçoit normalement les mouvements actifs du fœtus, si elle n'a pas d'anesthésie de la paroi abdominale.

5° L'accouchement indolore peut s'expliquer par une anesthésie viscérale liée à l'atrophie des fibres sympathiques sensitives passant par les racines rachidiennes postérieures. L'atrophie de ces petites fibres à myéline a été mise en évidence par J. Ch.-Roux, chez des tabétiques présentant des anesthésies viscérales.

6° Si l'on étudie les réactions sympathiques du segment métamérique cutané correspondant au viscère

atteint, l'on constate des troubles sudoraux, des modifications du réflexe pilomoteur et enfin des troubles de la sensibilité générale, en particulier de l'hyperesthésie cutanée.

7° L'évolution de la grossesse peut se mener jusqu'à terme et l'enfant naître bien portant. Pendant la grossesse, on constate très souvent des vomissements incoercibles qui sont quelquefois révélateurs du tabès. Dans les cas où la malade ne présente pas de symptômes avérés de tabès, ces vomissements donnent lieu à des erreurs d'interprétation et peuvent être considérés comme vomissements uniquement dûs à l'état gravidique.

8° Le tabès est légèrement aggravé par l'état gravidique (douleurs fulgurantes, crises gastriques, troubles sphinctériens). Il reprend ensuite son évolution habituelle.

Il n'y a donc pas lieu de provoquer l'avortement, ou l'accouchement prématuré chez la tabétique.

Vu et bon à imprimer :
Le Président de la thèse,
P. MARIE

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

Coulommiers. — Imp. Ernest DESSAINT. — 4-21

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RÉGIME DES ALIÉNÉS ET ANORMAUX

AUX XVII^e^ et XVIII^e^ SIÈCLES

(L'élimination des « anti-sociaux ». Le donjon de Vincennes et ses prisonniers)